Lane Medical Library

1887

Ueber Pankreascysten.

Inaugural-Dissertation,

welche mit Genehmigung der

dicinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

zur Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

Montag den 19. September, Mittags 1 Uhr,

in der Aula Leopoldina

bst den beigefügten Thesen öffentlich vertheidigen wird

Wilhelm Kühnast,
praktischer Arzt.

Opponenten:
Dr. Paul Wieland, prakt. Arzt,
Paul Fischer, Cand. med.

Breslau,
Druck von Robert Nischkowsky.
1887.

llem betrachte ich es als die angenehmste Pflicht, an dieser dem Herrn Geh. Med. Rath Prof. Dr. Biermer meinen nsten Dank für Ueberlassung des Materials und die för- Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit hiermit aus- hen.

---

das Pankreas waren die Kenntnisse der alten Aerzte bis tdeckung des Ausführungsganges durch Wirsung sehr haft. Obwohl die Existenz dieses Organs schon seit Hip- tes [1]) bekannt war, differirten doch die Ansichten über die gische Bestimmung desselben bedeutend. Zwar kannte alen's Angabe bereits Herophilus [2]) den drüsigen Bau anes, und gab Eudemus [2]) Andeutungen über die wahre nung desselben, doch ging diese Kenntniss später wieder und es bildeten sich die abenteuerlichsten Ansichten aus. ollte es nach Aristoteles bloss die benachbarten Gefässe ; Fernelius [3]) verlegte in dasselbe den Sitz der Melan- Hypochondrie und des Wechelfiebers; nach Varol [4]) soll aus den Eingeweiden kommenden Chylus reinigen, bevor in der vena portarum die rothe Farbe erhalte und in r eintrete. Piccolhomini [4]) bringt es in Beziehung zur rdauung, indem er sagt, es hülle den Magen in feucht- Dünste und befördere so die in demselben sich abspie- hemischen Processe (coctionem); Riolan [5]) geht von zwei befunden aus, bei denen er das Pankreas vergrössert

---

ppocrates: *Περὶ ἀδενῶν.* Ed. Kühn. Vol. I. p. 491.
lenus: *Περὶ σπέρματος.* Ed. Kühn. Vol. IV. lib. II. cap. 6.
rnelius: De naturali parte medicinae. Paris 1542. lib. 7.
ccolhomini: Anat. praelectiones. Rom 1586. Lect. XIV. p. 100.
olan: Anthropographia, cap. XVI.

und die Milz atropihsch fand, und sagt, ersteres trete für letzt
unter Umständen vicariirend ein. Andere, wie Th. Bartholinu
hielten es für eine Art Gallenblase der Milz u. s. w. Alle di
Ansichten stellt van der Linden[2]) zusammen, indem er sa
„Pancreas servire puto, primo, fulciendis vasis transeunti
nempe ramis venae portae, arteriae coeliacae, et venae splenic
secundo ventriculo et pro pulvinari et, tertio, pro adjutorio
tionis, dum vaporibus suis illi veluti Laconicum praeparat: qu
exugendo praeterlabentem sanguinem serosum: quinto, in mo
sis ac melancolicis corporibus lienis affecti vicem obeundo."
gleich aber fügt er hinzu: „Sed isti usus quam sint aut gen
les nimis, aut inutiles, aut praeter Naturae intentionem, rati
exigenti latere non potest."

Diese mannigfachen Irrthümer wurden in das rechte L
gestellt durch die im Jahre 1642 erfolgte Entdeckung des A
führungsganges der Bauchspeicheldrüse durch Wirsung, ei
Schüler Riolan's und Prosektor Veslings in Padua. Es
damit für das Pankreas der Charakter eines secernirenden
gans unzweifelhaft festgestellt, und wenn auch in der er
Zeit noch mancherlei falsche Vorstellungen über die Natur
Sekrets bestanden, so wurde die Beziehung desselben zur V
dauung doch bald erkannt und gewürdigt. Ja, in kurzer
wurde demselben von Le Boë Sylvius[3]), dem Begründer der ia
chemischen Schule, eine so hohe Wichtigkeit zugeschrieben,
er „aus einer durch die Mischung des sauren pankreatis
Saftes mit der alkalischen Galle erzeugten Darmgährung (
vescentia intestinalis) die Ursache der Verdauung und aus e
Störung ersterer die Entstehung der mannigfaltigsten Krankh
symptome abzuleiten suchte[4])." Diese Lehre, so eifrig sie a
von Sylvius' Schülern, namentlich Regnerus de Graaf[5]) v
fochten wurde, blieb nicht lange ohne Widerspruch, hatte aber d
noch lange Zeit eine Nachwirkung, so dass noch Holdefreun

---

[1]) Th. Bartholinus: Anatome. Lugd. Bat. 1641.
[2]) Lindenus: Medicina physiologica. Amstelodami 1653.
[3]) Sylvius: De chyli . . . secretione . . . Lugd. Bat. 1659.
[4]) Friedreich: Die Krankheiten des Pankreas. Ziemssens Handbuch
spec. Pathol. u. Therapie. VIII, 2.
[5]) De Graaf: De succi pancreat. natura et usu. Lugd. Bat. 1664.
[6]) Holdefreund: De pancreatis morbis diss. Halae. 1713.

ıre später den Bauchspeichel als durchdringend und gäh-
ähig bezeichnet.

Laufe des 18. Jahrhunderts erschienen dann zahlreichere
ten über das Pankreas, wie die Dissertationen von Behr[1]),
.[2]), und die Abhandlungen von Morgagni[3]), Lieutaud[4])
)nradi[5]), welche theils die Physiologie, theils die pathologi-
natomie der Drüse behandelten. In klinischer Hinsicht ragen
sem Gebiete hervor der schon genannte Holdefreund, ferner
ner[6]), Barforth[7]) und besonders Rahn[8]) und Siebold[9]).
den Autoren aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts
h nur zwei hervorheben, welche die Krankheiten des Pan-
n umfassender Weise darzustellen versuchten: Bécourt[10])
ässen[11]). Doch war das casuistische Material, über welches
utoren verfügten, ein noch zu geringes, um daraus bedeu-
Nutzen für die Diagnostik zu ziehen. Erst nach Clässen
häufiger gut beobachtete Fälle von Pankreas-Erkrankun-
röffentlicht, welche im Verein mit den Fortschritten der
gischen Anatomie und der Physiologie eine festere Grund-
währen, auf welcher die klinische Pathologie der Pankreas-
eiten sich entwickeln kann. So hat denn im Jahre 1866
et[12]) eine grössere Abhandlung über dieses Gebiet verfasst,
her er eine grosse Anzahl mehr weniger gut beobachteter
sammenstellt und ihre Symptome und die einzuschlagende
e bespricht. In Deutschland sind vor allem Klebs[13]) und
eich auf diesem Gebiete thätig gewesen, von denen ersterer
ol. Anatomie, letzterer die Symptomatologie und Therapie
kreaskrankheiten in ausführlicher Weise behandelt. Aber

H. Behr: De pancreate etc. Argentor. 1730.
Vloot: Dissert. de pancreate. L. B. 1733.
orgagni: De sedibus et caussis morborum. Ed. II. Patav. 1765.
eutaud: Histor. anat.-medic. Ed. Schlegel. Longosaliss. 1786.
nradi: Handbuch der pathol. Anatomie. Hannover 1796.
chner: De damnis ex male affecto pancreatis. Halae 1759.
rforth: Diss. de morbosis pancreatis affection. Lund 1779.
hn: Scirrhosi pancreatis diagnosis. Göttingae 1796.
bold: Historia systematis salivalis. Jena 1797.
court: Recherches sur le pancréas. Strassbourg 1830.
ssen: Die Krankheiten der Bauchspeicheldrüse. Köln 1842.
elet: Etudes sur les maladies du pancréas. Paris 1866.
bs: Handbuch der speciellen Pathologie.

trotz dieser genauen Aufmerksamkeit, die man in neuester Z
auf die pathologischen Veränderungen der Bauchspeicheldrüse ri
tet, stehen der Erkennung derselben während des Lebens noch
jetzt unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen, welche, wie a
Friedreich betont, hauptsächlich in der versteckten Lage
Organs, sowie in dem Umstande, die von ihm bei der Verdau
geleisteten Dienste in ausreichendem Masse von andern Orga
wie Leber, Magen- und Darmkanal übernommen werden kön
begründet erscheinen. Nur bezüglich einer einzigen Krankheitsf
hat die neueste Zeit sowohl in diagnostischer, als auch thera
tischer Hinsicht nicht unbedeutende Fortschritte zu verzeichnen
ist dies die Cystenbildung im Pankreas. Zwar ist die Anzahl
jenigen Fälle, in welchen diese Affektion diagnosticirt oder
muthet wurde (Gussenbauer, Senn) eine sehr geringe, doch
um so mehr hervorzuheben, dass aus den letzten Jahren mehr
glückliche Heilungen nach chirurgischen Eingriffen stattgefun
haben. Es tritt deshalb gerade diese Krankheitsform mehr
mehr in den Vordergrund des ärztlichen Interesses, und h
ich es daher für nicht unzeitig, das Material, welches ich in
Litteratur aufgefunden habe, zusammenzustellen und durch e
mir von Herrn Geh.-Medicinal-Rath Prof. Dr. Biermer zur
öffentlichung gütigst überlassenen Fall zu vermehren.

Bevor ich jedoch die Krankengeschichte veröffentliche, se
mir gestattet, einige Worte über die pathologisch-anatomis
Verhältnisse bei Cystenbildung im Pankreas zu sagen. Die
kann auf verschiedene Art und Weise zu Stande kommen.
nächst möchte ich die nur im uneigentlichen Sinne als „P
kreas-Cysten“ zu bezeichnenden Erweichungscysten und E
cysten erwähnen.

Die ersteren entstehen durch degenerative Veränderunge
Geschwülsten des Pankreas. Für das Carcinom weist die L
ratur eine ganze Anzahl auf. So finde ich bei Bécourt 3,
Clässen 8 und bei Ancelet 2 Fälle derartiger Höhlenbild
beschrieben. Das schönste Beispiel ist wohl der von Dupon
beobachtete und von Clässen (S. 339) mitgetheilte Fall, bei
chem man „an der Stelle des Pankreas, von dem keine S
mehr vorhanden war, einen dickhäutigen Balg von der Gr
eines Kindskopfes fand, der eine bräunliche Substanz enth

konnte diese nicht besser vergleichen, als mit geronnenem
dem einige Reste von Hirnsubstanz beigemischt wären.
Balg stand durch eine Oeffnung von der Grösse eines
Frankenstücks mit dem Zwölffingerdarme in Verbindung;
er bot Spuren einer chronischen Entzündung". Es ist hier
ar von einem erweichten Medullär-Carcinom die Rede, des-
erfallsmassen mit ergossenem Blute vermischt waren. Die
Drüse war dem Processe anheimgefallen.
ch auch in anderen Geschwülsten des Pankreas sind Er-
ungscysten, wenn auch viel seltener, angetroffen worden. So
Chiari[1]) in einem Sarcoma melanodes der Bauchspeichel-
eine Cyste von dem Umfang eines Kindskopfes und Ancelet
erwähnt eine von Aran mitgetheilte Beobachtung, in wel-
ch auf tuberkulöeer Grundlage eine hühnereigrosse Cyste
t hatte. Natürlich sind die im Carcinom enstandenen
hungscysten bei weitem die häufigeren, eine einfache Con-
z der Thatsache, dass nach einer von Boldt aus den Jah-
72 bis 1882 gemachten Zusammenstellung unter 58 Fällen
nkreas-Geschwülsten 53mal Carcinom, 3mal Sarkom und
al Tuberkulose gefunden wurde.
ser Art von Höhlenbildungen schliessen sich die als Eiter-
zu bezeichnenden circumscripten eiterhaltenden Hohlräume
che vorwiegend in der älteren Litteratur Erwähnung fin-
Die Ursache dieser Erkrankung ist in vielen der mitge-
Fälle unklar. In einigen scheint primäre Steinbildung
lung und Vereiterung hervorgerufen zu haben, wie in dem
issen (S. 179) erwähnten Falle, in welchem eine im Kopf
nkreas sitzende Eitercyste 20 kleine Steine enthielt; oder
tentionscyste gibt Ursache, wie Klebs (S. 557) für den
gour beobachteten Fall annimmt, wo die Drüse „in einen
von der Grösse einer Theetasse verwandelt war, der
esselben bestand aus milchiger Flüssigkeit mit käsear-
rtikeln gemengt, an den Wandungen Spuren von Schei-
en". Oder sollte es sich hier nicht vielmehr um eine
ankreatitis gehandelt haben, da ja die Krankheit unter
nd Schüttelfrösten verlief? zumal auch Friedreich (S. 243)
nliche Beobachtungen erwähnt, wo die Sektion akute
ung des Pankreas mit Bildung von Eiterherden ergab.

[1]) ager medic. Wochenschrift 1883. No. III.

Auch die Möglichkeit, dass bei Pyaemie auf metastatisch Wege cystenähnliche eiterhaltige Bildungen im Pankreas P greifen können, ist nicht ausgeschlossen.

Weit seltener noch, als die eben besprochenen Eitercys sind die Echinokokkus-Blasen im Pankreas beobachtet wor Während Bécourt dieselben gar nicht erwähnt, führt Cläs (S. 348) einige Fälle an, betont aber zugleich, dass es bei nem derselben mit Sicherheit zu constatiren sei, ob es sich w lich um Echinokokkus gehandelt habe. Ancelet wiederholt zwei bereits von Clässen angeführte Fälle, ohne etwas Neue bringen. In der neuesten Literatur sind mir keine Beispiele gestossen, was mich bestimmt, der bereits von Clässen au stellten Ansicht beizutreten, dass das Vorkommen von Ech kokken im Pankreas noch sehr zweifelhaft sei.

Es erübrigt uns nun noch, zwei wichtige Formen von Cys bildung in der Bauchspeicheldrüse zu besprechen, welche Gegensatz zu den Erweichungs- und Eiter-Cysten mehr se ständig auftreten und so als Cysten im eigentlichen Sinne ärztliche Interesse vor Allem in Anspruch nehmen. Es sind die Retentions-Cysten und die Hämatome. Ich habe die in Litteratur verzeichneten 45 Fälle mit denen auf der Breslauer m cinischen Klinik beobachteten in einer Tabelle geordnet, in cher sowohl die Symptome, welche dieselben darboten, als der Sektionsbefund, soweit sie zur Autopsie gelangten, angegeben sind. Retentionscysten und Hämatome sind in di Tabelle nicht getrennt, weil nachgewiesener Massen in vi Fällen Blutungen in Retentionscysten stattfinden und umgek Blutcysten durch zurückgehaltenes Sekret sich vergrössern nen, so dass man in verschiedenen Fällen nicht im Stande zu entscheiden, ob Retentionscyste oder Hämatom das primäre

Von diesen 46 cystischen Bildungen entfallen auf das w liche Geschlecht 42%, auf das Alter unter 20 Jahr 4%, vom bis 40. Jahr 24%, über 40 Jahr 37%. Es ist also die Erk kung im Alter bedeutend häufiger.

Wenn nun gleich, wie oben bemerkt, beide Formen von P kreas-Cysten oft vermischt mit einander vorkommen, so mü sie doch bezüglich ihrer Entstehungsweise wohl auseina gehalten werden. Die Retentionscysten, welche Virchow[1]

[1]) Geschwülste.

Namen ranula pancreatica belegt hat, sind die häufigeren ntstehen dadurch, dass der ductus Wirsungianus an irgend Stelle ganz oder theilweise undurchgängig wird. Die ien hierfür sind sehr verschiedene. Für die kleineren gänge scheint schon, wie Klebs annimmt, eine katarrha- Schwellung und Sekretanhäufung zu genügen, um den s des pankreatischen Saftes zu verhindern und jene bläs- rmigen Erweiterungen hervorzurufen, welche Klebs als pancreatica bezeichnet. Für die Verstopfung des Haupt- rungsganges kommen sehr mannigfaltige Momente in Be- Engel führt in zwei von ihm veröffentlichten Beobach- eine Knickung des duct. Wirsung. als Stauungsursache n andern Fällen sind es Pankreas-Steine, welche den Aus- gsgang verstopfen, wie in den Beobachtungen von Ancelet, k, Recklinghausen. Hoppe beschreibt einen Sektionsbe- ei welchem „die Ursache der Stauung des Sekretes ein sehr , narbiges Bindegewebe zu sein schien, welches diffus die ndungsstelle beider Gänge, des duct. choledoch. und pan- in das Duodenum umgab". Am häufigsten werden Neu- en als Stauungsursache angegeben. Sie sitzen theils im as selbst, theils in den benachbarten Organen und com- n den duct. Wirsungianus. Ein eklatantes Beispiel hier- rt Cruveilhier an: „Ein grosser, mit wässrigem Inhalte Tumor nimmt die Stelle des Pankreas ein. Der Kopf ie war scirrhös degenerirt und comprimirte den duct. Wirsun- Aehnlich liegen die Verhältnisse in den von Battersby, rger, Hjelt, Sauter, Virchow beschriebenen Fäl- ch chronisch-entzündliche Vorgänge im Ausführungsgange llen denselben bisweilen an einzelnen Stellen verengern Sekretstauungen hervorrufen. Vielleicht ist hierher die ss mitgetheilte Beobachtung zu rechnen, wo der duct. . an einer 1 cm. langen Stelle sehr verengt war und tasie des im Körper und Schwanz verlaufenden Drüsen- und seiner Aeste veranlasst hatte.

ach der Art dieser Hindernisse und ihrer verschiedenen tion, gestalten sich auch die Cysten verschieden. Klebs eidet drei Arten:

e den Abfluss des Sekrets behindernde Ursache sitzt in e der Ausmündungsstelle des duct. Wirsung. In diesem

Falle wird sich der ganze Gang an der Erweiterung betheil
und auch die Nebengänge werden mehr weniger dilatirt wer
Hierbei tritt die eigenthümliche Erscheinung ein, dass die Er
terung nicht eine gleichmässige ist, sondern es finden seit
Ausbuchtungen und Taschenbildungen statt, so dass ein Ab
des Ganges ungefähr die Gestalt eines Rosenkranzes h
würde. Klebs meint, dass „gewöhnlich diese rosenkranzför
Dilatation nur eine Steigerung des normalen Verhaltens dars
indem der Gang bereits in diesem Zustande kleine seit
trichterförmig zugespitzte Ausbuchtungen besitzt, in deren S
die Nebenkanäle ausmünden". Nur in der Minderzahl der
sollen nach Klebs die seitlich aufsitzenden Divertikel durch
stärkere Erweiterung der Seitenkanäle entstehn. Beispiele
diese Art Cysten sind die Fälle von Engel, Cruveilhier, Ho
Parsons, Pepper, v. Recklinghausen (2), Wyss, And
(S. 82. obs. 16), Friedreich und Virchow. Letzterer hat
Präparat in seinem Werke: „Ueber die krankhaften Geschwü
I. S. 276 abgebildet.

2) Die den Abfluss behindernde Ursache hat ihren Sit
irgend einer Stelle des duct. pancreat. Alsdann erfolgt eine
tielle Dilatation des Ganges, welche nach den vorliegenden
tomischen Befunden zur Bildung von mehr als kindskopfgro
Cysten führen kann. Diese sind entweder langgestreckt
mehr kugelig. Ihre Wandung verliert bald die drüsige T
und verwandelt sich in derbes fibröses Gewebe mit glatter I
fläche. Auch kommen hier ähnliche Veränderungen vor, w
den Arterien, nämlich Verfettung und Verkalkung wie be
atheromatösen Entartung. Derartige Veränderungen wurden
einer 1885 auf der Billroth'schen Klinik operirten Frau beso
schön beobachtet und von Salzer[1]) mitgetheilt. Man fand
Knochenplättchen bis zur Grösse eines Fingernagels in der Cy
wand. Oft wird auch das umliegende Drüsengewebe in M
denschaft gezogen. Entweder wird dasselbe durch Druck
Schwund gebracht oder es verdicken sich die Wandungen
Cyste, es schliessen sich chronisch-interstitielle Bindegew
wucherungen an, welche von der Cystenwand aus immer
auf die Umgebung übergreifen und zur schwieligen Degener

[1]) Prager Vierteljahrsschrift 1886, I.

ganzen Organs führen. Natürlich bleiben bei Zunahme der
nwulst auch die benachbarten Organe nicht unberührt. Ins-
dere werden der Magen und die Gedärme stark comprimirt
dislocirt. Letzteres war in ausgesprochener Weise der Fall
er von Billroth operirten Patientin, wo das colon trans-
m durch die Pankreas-Cyste bis ins kleine Becken herab-
ngt worden war.

Die den Abfluss des Sekrets behindernde Ursache sitzt in
Nebengange des duct. Wirsung. Alsdann erweitern sich
leineren Gänge und die Endbläschen der Drüse; sie füllen
rall mit Sekret und es entsteht das Bild der Acne pancre-

Den schönsten Fall beschrieb Virchow: Bei einer 84jäh-
Frau fand man „das Pankreas gross, etwas indurirt und
sondere in seinem Schwanztheil mit grossen, hellgelben, von
n sichtbaren Flecken besetzt, welche wie Acini in die Tiefe
eifen und auf dem Durchschnitt aus einer dickschmierigen,
artig aussehenden Substanz bestehen". Bei dieser Affektion
t es bisweilen auch vorzukommen, dass der Inhalt sich
und mehr eindickt und selbst verkalkt, wie die von Meckel[1])
chmitt[2]) beobachteten Fälle zeigen. Doch kann der Inhalt
klar, serös sein, wie bei einer von Engel gemachten Be-
tung, wo „in der Mitte des vordern Randes des Pankreas
rundliche, mit klarer, seröser Flüssigkeit gefüllte Blasen
, die mit ihren Wandungen zusammenstiessen und ver-
en waren und dadurch einen fast maulbeerartigen Hasel-
ck darstellten". Einen ganz ähnlichen Befund erzählt auch
s. (Handb. d. spec. Path. I, 2. S. 552.)

ne genauere Besprechung verdient noch der Inhalt der
rionscysten des Pankreas. Die Menge desselben kann ausser-
lich gross werden. So erzählt Zukowski von 5, Riedel
), Bozeman von 11½ Liter Cysteninhalt. Die Beschaffen-
ieser Flüssigkeit ist sehr verschieden gewesen. Zunächst
hervorgehoben werden, dass wohl nie das Sekret längere
nverändert bleibt, sondern es nähert sich immer mehr in
Zusammensetzung dem Blutserum, während die verdauenden
schaften des Bauchspeichels bald verloren gehn. Nur bei

---

[1]) Koreff: Dissertatio sistens theoreticam considerationem icteri. Halae.
[2]) Schmitt: Sammlung zweifelhafter Schwangerschaftsfälle. Wien 1818.

wenigen Cysten ist der Inhalt auf seine verdauenden Eigen-
schaften geprüft worden, aber immer fiel diese Probe negativ a
Nur in dem von Küster beobachteten und in der deutschen m
Wochenschrift 1887, 10/11. beschriebenen Falle wurde durch
Punktionsflüssigkeit Stärke in Zucker übergeführt und Mand
emulgirt. Ueberdies tritt die Flüssigkeit bald mit dem Blut
direkten osmotischen Verkehr und kann andersartige Produ
aus demselben aufnehmen, wie z. B. Harnstoff, welchen Hop
in einem von ihm chemisch untersuchten Falle vorfand. Aus
dem fand man in den Cysten noch weisse und rothe Blutk
perchen und ihre Zerfallsprodukte, körnige Zellen, Fettkörnch
Cholestearinkrystalle, Pankreassteine, Hämotoidinkrystalle, F
mentkörnchen. Eine Beimengung muss hier noch besonders h
vorgehoben werden, nämlich die frischen oder bereits mehr min
metamorphosirten Blutes. Von den von mir zusammengestell
46 Fällen waren in 8 davon mit Sicherheit nicht unbedeutend
Mengen Blut in den Cysten enthalten; in anderen weniger gen
beschriebenen kann man aus der angegebenen Farbe und F
schaffenheit des Inhalts mit grosser Wahrscheinlichkeit wenigste
auf kleinere Mengen schliessen

Die eben erwähnten Retentionscysten mit secundärer Blutm
bilden den Uebergang zu den eigentlichen Blutcysten, den Häm
tomen des Pankreas. Zu diesen kann man die Fälle von Ch
land und Rabow, Clarck, Parsons, Pepper, Rühle u
Störck zählen. Daneben finden sich in der Tabelle noch zahlreich
andere Beispiele bluthaltiger Cysten, von denen die Entstehu
durch Hämorrhagie nicht nachgewiesen werden kann. Ueber d
Ursachen der Hämorrhagie wissen wir nichts Genaues. Kle
lenkte zuerst die Aufmerksamkeit auf dies Vorkommniss u
Zenker (Tageblatt d. 47. Vers. d. Naturf. u. Aerzte in Breslau 187
beschrieb 3 Fälle, in denen bei Fettleibigen unter apoplektiform
Erscheinungen plötzlicher Tod eintrat. Die Sektion ergab ausg
hämorrhagischer Infiltration des Pankreas und Blutungen dur
den duct. pancreat. ins Duodenum nichts, was als Todesursach
hätte angenommen werden können. Bezüglich dieser Fälle spric
Friedreich die Vermuthung aus, dass auch die Blutgefässe d
Pankreas fettig degenerirt waren und infolgedessen leicht ei
Ruptur stattfinden konnte. In andern Fällen wird man au
Traumen, sowie vielleicht auch akute oder chronische Pankreati

sache ansehen können. So viel wenigstens ist sicher, dass
ried reich zeigt, bei Entzündung des Pankreas kleinere
gen in das Gewebe des Organes stattfinden. Ein höherer
ler von Zenker beschriebenen Pankreasblutungen sind die
bildungen, welche in den Rahmen dieser Arbeit gehören.
i wird das Gewebe der meist stark veränderten Drüse aus-
er gedrängt, das Blut sammelt sich an und kann weiterhin
Darm sich ergiessen wie in dem Falle von Pepper, oder
bt eine Cyste bestehn, in welcher das Blut seine bekannten
lerungen eingeht. Bisweilen können auch Nachschübe auf-
so dass die Cyste eine ziemliche Grösse erreicht, wie in
ll von Störck. Dabei sind stets ausgedehnte Veränderungen
sengewebe constatirt worden. Meist handelte es sich um
ische Wucherung des Bindegewebes bei Stauungserschei-
i im Gebiete der Pfortader. Dasselbe kam auch zur Be-
ung bei dem auf hiesiger medicinischer Klinik behandelten
dessen Krankengeschichte hier folgen soll.

Krankengeschichte.

XII. 1885. Anamnese: Patient erinnert sich nicht, als
rankheiten durchgemacht zu haben. Seine Mutter ist schon
gestorben; woran, weiss er nicht anzugeben. Sein Vater
0 Jahre alt an Altersschwäche. Vor 2 Jahren war Patient
Mal auf der städtischen Irrenabtheilung wegen Delirium
s. Im Frühjahr dieses Jahres stellte sich bei ihm plötz-
Bluterbrechen ein; das Blut war von dunkelrother Farbe.
brechen erfolgte im Ganzen drei Mal: Abends, Nachts und
ags. Gleichzeitig wurde Patient stark ikterisch, hatte
Schmerzen im Unterleibe und entleerte weissliche gallen-
aeces. Diese Erscheinungen verloren sich alle wieder in
Wochen. Vor fünf Wochen trat jedoch neuerdings drei
tereinander Erbrechen blutiger, dunkler Massen ein; auch
rus erschien wieder. Die Stühle waren entfärbt; wie früher
men heftige Schmerzen im Unterleibe, dieselben steigerten
er von Tag zu Tag und störten besonders den Schlaf des
n empfindlich. Dabei erschien der Appetit des Patienten
eschwächt.
3 Tagen klagt Patient über einen mässigen Grad von
us; er will bemerkt haben, dass bisweilen, wenn er zu

Stuhle geht und keine Faeces entleert, ein Stück Darm vorf
welches aber bald wieder zurückschlüpft. Ausserdem k
Patient noch über beständigen Durst und lebhaften Jukreiz
ganzen Körper.

Der Kranke ist ein Potator strenuus; er verbreitete bei se
Aufnahme einen sehr starken, widerlichen, dem Pyridin ähnlic
Geruch. Er giebt an, täglich für 30 Pfennige Schnaps zu trin

Status praesens.

26. XII. 1885. Einundfünfzig Jahre alter, mittelgrosser, kr
gebauter, mässig genährter Mann, nimmt im Bett die Rückenl
ein, die mit beiden Seitenlagen beliebig vertauscht werden k
Haut und sichtbare Schleimhäute citronengelb gefärbt. Ausser
sieht man an der Haut zahlreiche Kratzspuren, welche mit d
lebhaften Jukreiz in Zusammenhang stehen. Temperatur nor
An beiden Unterschenkeln, an dem linken mehr, als an d
rechten, finden sich starke Varicen und braune Pigmentfle
welche sich von selbst gebildet haben sollen. Die Zunge ist d
weiss belegt. An den Gaumengebilden ausser der ikterisch
Färbung nichts Besonderes. Links besteht ein kleiner äuss
Leistenbruch, der sich leicht reponiren lässt. Die Bruchpf
gewährt der Kuppe eines kleinen Fingers Einlass. Der P
gleichmässig, regelmässig, mittelvoll, 96 in der Minute. Der Br
korb ist in seiner untern Hälfte ausgeweitet durch einen a
bedeutenden Ascites. Der Umfang des Unterleibs beträgt e
sprechend der grössten Circumferenz handbreit über dem Na
104 cm. Die Gegend der Magengrube ist stark vorgewölbt du
aufgetriebene Darmschlingen, welche bei der Perkussion tym
nitischen Schall geben. Bei der Palpation des Unterleibes erh
man deutliches Fluktuationsgefühl. In der Milzgegend ist d
Unterleib auf Druck empfindlich, desgleichen in der Lebergegen
Der Leib ist verhältnissmässig wenig gespannt. Die Palpati
der Leber ist möglich, man fühlt dabei, dass die Oberfläche u
eben und höckerig ist und kann auch den untern Rand abtast
Derselbe schneidet den Rippenbogen in einer Linie zwisch
Mammillarlinie und Axillarlinie. In der Mammillarlinie ist d
untere Rand drei Finger breit unter dem Rippenbogen, desgleich
in der Parasternal-Linie; und in der Mittellinie reicht der unte
Leberrand drei Finger breit unter die Spitze des proc. ensiform

rthum, der sich erst nach der Punktion aufklärte, siehe
Nach links reicht die Leber bis zur Sternallinie, sie fühlt
n Ganzen derb an, der untere Rand scheint nicht scharf,
n abgestumpft zu sein. Milz nicht fühlbar.
der Perkussion des Unterleibs hat man in der Mittellinie
lung bis zum Nabel, wenn man in der Mittellinie in Rücken-
herunterperkutirt; in der Mammillarlinie Dämpfung 3 Quer-
breit über der Nabelhöhe. In den nicht gedämpften Par-
: der Schall tympanitisch. Bei der Athmung, welche etwas
unigt ist (24 in der Minute), bewegt sich, wie es scheint,
raufgedrängte Zwerchfell fast gar nicht. Die Athmung
zugsweise kostal. Der Herzspitzenstoss ist im 3. linken
stal-Raum in der Mammillarlinie sichtbar und fühlbar.
der starken Unterleibsfüllung ist Patient in seinen Bewe-
etwas unbehülflich.
Hauptbeschwerden des Patienten sind Schwäche, Athem-
chmerzen in der Leber- und Milzgegend, Schlaflosigkeit,
schwerden. Der Appetit ist leidlich.
n Aufrechtsitzen bemerkt man, dass die linke Thorax-
stärker athmet als die rechte. Die Perkussion in aufrechter
g ergiebt: Hinten unten beiderseits Dämpfung, die links
höher, bis 1 Finger breit unter dem Schulterblattwinkel,
eicht. Darüber gedämpft-tympanitischer Schall. Die Herz-
ng, in liegender Stellung des Patienten bestimmt, beginnt
Parasternallinie an der 2. Rippe, reicht nach rechts zur
es Sternum, nach links 2 cm. über die Mammillarlinie hin-
ie Leberdämpfung beginnt an der 4. Rippe in der Mam-
nie, in gleicher Höhe in der Axillarlinie. Die Perkussi-
ältnisse des Unterleibs ändern sich je nach der Körper-
so, dass die jedesmal höchsten Stellen des Unterleibs
ft-tympanitischen Schall geben. Die Herztöne sind rein,
nemgeräusch ist überall als vesikuläres Athemgeräusch
Ausserdem hört man einzelne spärliche Rhonchi, besonders
its hinten unten, wo das Athemgeräusch auch etwas ab-
icht ist.
Urin ist intensiv gallig gefärbt, dunkelgelbbraun, frei von
und Zucker; Tagesmengen gering, spec. Gew. = 1011,
n sauer, starke Gallenfarbstoff-Reaktion. Der Stuhlgang
von grauer Farbe, der nur ein schwacher gelblicher Ton

beigemischt ist. Das Absetzen des Stuhlganges sehr mühs
mit Schmerzen im After verbunden, die nach Beendigung
Stuhlganges verschwinden. Bei der mikroskopischen Untersuch
finden sich im Stuhlgang zahlreiche Fetttröpfchen und fettsa
Kalksalze, spärliche rothe Blutkörperchen.

Resumé.

51 Jahre alter, kräftig gebauter, mässig genährter Ma
bedeutender Icterus; starker Ascites; harte, unebene, aber ni
sehr verkleinerte Leber. Stark belegte Zunge. Verdrängu
der Brustorgane nach oben; intensiv gallenfarbiger Urin von w
minderter Menge. Breiiger, fast völlig entfärbter, stark fetth
tiger Stuhlgang, Tenesmus, spärliche Rhonchi an den Lung
Schmerzhaftigkeit der Leber- und Milzgegend, Leistenbru
Schlaflosigkeit, starker Juckreiz.

Therapie: Liq. Kalii arsen. 15,0 : 150,0 aq.
Syrup. simpl. 30,0
mas. Zweistündlich einen Esslöffel
und Opium-Suppositorien à 0,075, 2 Stück pro die.

28. XII. 1885. Die Entfärbung der Stuhlgänge dauernt fo
Sie sind stark fetthaltig. Mikroskopisch der frühere Befund. Pa
klagt über verstärkte Schmerzen im Leibe, welche nach Entleerun
von Urin und Stuhlgang etwas nachlassen. Ausserdem ist der Juc
reiz sehr heftig. Die Urinmenge hat in den letzten beiden T
gen zugenommen. Wegen der vermehrten Beschwerden wur
heut Abend die Punktion des Ascites vorgenommen und dab
3000 cbcm. einer gallig gefärbten, leicht hämorrhagischen Flüssig
keit entleert. Nach der Punktion kann man die Leber gut fühlen
Ihr unterer Rand ist stumpf, schneidet den Rippenbogen in de
Mammillarlinie so, dass die incisura vesicae felleae noch unt
den Rippenbogen zu liegen kommt. Nur bei tiefer Inspiratio
kommt dieselbe unter dem Rippenbogen zum Vorschein. In de
Axillarlinie überragt der Leberrand den Rippenbogen um 1 Finge
breit. In der Medianlinie überragt er den proc. ensiformis u
etwa 2 cm., nach links reicht er kaum über die Sternallinie hinau
Die Leber fühlt sich hart an; Gallenblase nicht fühlbar. De
obere Rand der Leber beginnt in der rechten Parasternallini
an der 4. Rippe, in der Mittellinie an der Basis des proc. ens
formis, in der Mammillarlinie im 4. Interkostalraum, in der Axillar

n der fünften Rippe. Die obere Grenze der Leberdämpfung
ebt sich bei der Athmung. Daraus geht hervor, dass der
eberlappen verkleinert, der rechte vergrössert ist. Unter-
es verkleinerten linken Lappens fühlt man in der Mittel-
ne bei der Athmung nicht verschiebliche, diffuse, etwas derbe
ulst, die mit der Leber nicht zusammenhängt und auf Druck
llich ist, während die Leber selbst nicht druckempfindlich ist.
z ist nicht fühlbar, auch nicht bei rechter Seitenlage. Die
ive Erleichterung, welche der Operation folgte, ist erheblich.
XII. 1885. Der Stuhlgang andauernd entfärbt und fett-
Pat. klagt über anfallsweise auftretende heftige, reissende
zen in beiden Hypochondrien, die besonders kurz vor dem
nge auftreten und sofort nach Entleerung einer auch kleinen
Urin oder Stuhl aufhören. Der Harn ist weniger ikterisch,
en früheren Tagen; Appetit ziemlich gut, Schlaf mangelhaft.
. 1886. Der Stuhlgang ist jetzt weniger diarrhoisch und
ehr so entfärbt, als früher. Gleichwohl klagt Pat. sehr
eftige Leibschmerzen, die täglich mehrmals Morphium-
zungen nothwendig machen. Das Sensorium des Pat. ist
enommen, der Icterus unvermindert, Pulsfrequenz 98 bei
r Temperatur. An einzelnen Stellen des Rumpfes sind
spontane Blutungen unter der Haut aufgetreten. Der
des Unterleibes ist noch sehr bedeutend, kommt aber
chlich auf Kosten eines starken Meteorismus. Leber und
d durchzufühlen. Weil dem Pat. die erste Punktion gut
hatte, so wird dieselbe heute wiederholt. Einstichsstelle
r breit unter dem Nabel in der Mammillarlinie. Starke
twickelung am Bauche gestattete nur an wenigen Stellen
gehn mit dem Troikart, wenn man Gefässverletzungen
en wollte. Durch die Punction wurden ungefähr vier
röser klarer Flüssigkeit entleert vom spec. Gew. 1007.
r Punktion bestimmt sich der obere Leberrand: In der
ie unteres Ende des corpus sterni, in der Mammillarlinie
ostalraum, in der Axillarlinie 5. Intercostalraum. Der
eberrand ist in der Mittellinie nur bei tiefer Inspiration
Höhe mit der Spitze des Schwertfortsatzes fühlbar, nach
cht die Leber nicht über die Sternallinie hinaus. In
millarlinie kommt der untere Leberrand bei tiefer Inspi-
wa 1 cm. breit unter dem Rippenbogen hervor, fühlt

sich nirgends scharf an, sondern ist kolbig und stumpf. Auss
dem fühlt man im Epigastrium eine harte knollige Geschwu
deren unteres Ende etwa bis zur Mitte zwischen proc. xyphoi
und Nabel reicht. Der Tumor entspricht etwa der Gegend
Pylorus und der kleinen Curvatur und lässt sich mit der Ha
etwas verschieben, so dass man unter seine untere Fläche gelan
kann, verschiebt sich dagegen bei der Athmung nicht. Die M
ist nicht fühlbar, doch ist die Dämpfung erheblich vergröss
Der Urin enthält eine Spur Eiweiss, einige hyaline Cylinder,
gallig gefärbten Epithelien besetzt.

10. I. 86. Das Befinden des Pat. hat sich seit der letz
Punktion etwas gebessert, das Sensorium ist freier, der L
bereits wieder erheblich angeschwollen. Die Schmerzen im Le
haben abgenommen, jeden Abend erhält Pat. allerdings no
Morphium subkutan 0,01. Der Juckreiz ist noch sehr bedeuten
Die Leber ist fühlbar; bei einer ruckweisen Palpation schl
der untere Leberrand an die palpirende Hand an. Derselbe ste
durchweg etwa 1 cm. unterhalb des Rippenbogens. Der Mag
tumor ist nicht fühlbar. Dagegen ist im Epigastrium die P
pation schmerzhaft. Pat. kann das Wasser schlecht halten; we
ihm nicht rechtzeitig ein Uringlas gereicht wird, verunreinigt
sich. Der Urin enthält eine Spur Eiweiss, keinen Zucker.

14. I. 1886. Der Leib ist wieder so stark geschwollen, da
die Leber kaum noch zu fühlen ist. Pat. klagt über stark
Schmerzen und nimmt in seinem allgemeinen Ernährungszustan
ab. Icterus und Hautjucken unverändert. Stuhlgänge fest, weis
gallig gefärbt. Pat. erhält wegen des starken Juckens ab u
zu warme Bäder. Das Sensorium ist nicht ganz frei. Pat. kla
hauptsächlich über spannendes Gefühl im Leibe und Schmerz
im Epigastrium, die bei tieferer Palpation zunehmen. Das Ten
musgefühl beim Stuhlgang hat abgenommen.

16. I. 1886. Patient wurde gestern klinisch vorgestellt u
der Fall als Magencarcinom mit Cirrhose aufgefasst. Er klag
schon am Morgen über heftige schneidende Schmerzen im Ep
gastrium und erbrach im Laufe des Nachmittags bis in die Nac
unter fortwährenden heftigen Schmerzen, die zweimalige Mo
phiumeinspritzungen nothwendig machten, 7mal successiv gerin
Mengen von kaffeesatzartigem Aussehen, das erste Mal 500 cc
die andern Male zusammen etwa noch 1100 cbcm. Mikroskopi

sich die bräunlichen Massen als gelblichen Detritus dar, n denen unveränderte rothe Blutkörperchen gar nicht zu sind. Dagegen finden sich ziemlich zahlreiche farblose etwas grösser, als gewöhnliche Blutkörperchen, die als e Stromata rother Blutkörperchen anzusprechen sind. ist sehr unruhig, setzt sich oft im Bett auf, ruft und ver- ich diesem und jenem in schnellem Wechsel. Der Puls beschleunigt, doch kleiner als an den vorhergehenden Ta- ei der Untersuchung des Leibes constatirt man in der des fundus ventriculi Plätschergeräusch, was sich auch terhalb der Nabelhöhle in der linken vordern Axillarlinie n lässt. Urin in spärlicher Menge abgesondert, braun- in dicken Schichten, trübt sich beim Kochen auf Sal- rezusatz nur spurweise. Stuhlgang, seit zwei Tagen , trat heute Nacht ein. Farbe desselben ganz schwach e in den früheren Tagen.

. 1886. Der Icterus des Patienten scheint noch etwas men zu haben. Pat. klagt wieder über Brechneigung, doch bisher etwas herausbefördert zu haben. Die Schmer- so bedeutend, dass Pat. heute morgen eine Morphium- (0,02) erhalten musste. Die Nacht wurde wegen Schmer- Brechneigung schlaflos verbracht. Am Abend gegen rat eine wesentliche Verschlimmerung im Befinden des n ein. Die Schmerzen nahmen einen furibunden Cha- n und wurden durch 0,04 Morphium subcutan kaum ge- Dabei war der Puls fadenförmig, sehr beschleunigt. peratur stieg um $6\frac{3}{4}$ Uhr auf 38,6. Auf Druck war der Leib s im Epigastrium sehr empfindlich. Pat. klagt ausser- beständige Brechneigung, ohne jedoch etwas erbrechen n. Der Leib trieb sich trommelartig auf. Es wurde eine Perforations-Peritonitis gedacht.

ere Moschusinjektionen erwiesen sich gegen den Collaps Gegen 7 Uhr trat Sopor ein, welcher zum Exitus über- Derselbe erfolgte um $8\frac{1}{2}$ Uhr.

dem Tode konnte man durch Druck auf das Epigastrium se aus dem Munde heraustreiben, was natürlich gegen foration des Magens sprach.

Sections-Protocoll.

Grosse, kräftig gebaute, sehr stark abgemagerte Leich
besonders die Muskulatur des Rumpfes und der Extremität
ziemlich dürftig, das Fettgewebe von den Extremitäten ziemli
stark geschwunden, ebenso am Rumpf. Bauch stark aufgetr
ben, ungewöhnlich voluminös, in dem untern Abschnitt fluktuiren
In der Ober-Bauchgegend sieht man ein in annähernd quer
Richtung verlaufendes, reliefartig sich vordrängendes Eingewei
von etwa Armesdicke, anscheinend dem Colon transversum en
sprechend. Thorax sehr breit und besonders in den untern A
schnitten sehr stark gewölbt. Sternum an der Grenze von Corp
und Manubrium mit einem starken queren Vorsprung versehe

Bei der Eröffnung des Abdomens entleert sich eine anfan
fast klare, dann mehr und mehr getrübte, aber noch immer lei
lich durchsichtige Flüssigkeit von hellgelblicher Farbe. Bei
weitern Eindringen in den hintern Abschnitt des Abdomens un
die Recessus der Hypochondrien sind der Flüssigkeit theils h
lere graugelbliche, theils rostbraune Flocken beigemischt bis
Linsengrösse. Daneben die Serosa sowohl der Bauchwand, a
der Eingeweide vollständig glatt und glänzend, blass, ohne Au
lagerungen. Auf der convexen Fläche des rechten Leberlappen
der von graugrüner Farbe und unebener Oberfläche ist, find
sich ein intensivgelber und schlammähnlicher Beschlag. De
selbe liegt lose auf; keine Spur von gröberen Flocken und Frem
körpern. Geruch der Flüssigkeit überall indifferent. — La
der Baucheingeweide insofern abweichend, als das Netz se
stark verkürzt und emporgeschlagen, kaum über das Colon tran
versum hinausragt. Nach links und nach rechts hin lateralwär
ist ein verhältnissmässig kurzer, schräg nach unten und ausse
ziehender Zipfel, der links frei beweglich, rechts der seitliche
Bauchwand adhärent ist. Dünndarmschlingen vollständig unb
deckt. In der Excavatio recto-vesicalis reichliche mit grobe
Flöckchen vermischte Flüssigkeit. Hier sieht man eine eigenthü
liche Verwachsung der beiden Schlingen der flexura iliaca, welch
unter sich, wie mit dem Colon ascendens durch kurze adhäsiv
Stränge verwachsen ist: verworrenes Convolut. In der Obe
Bauchgegend zunächst das stark ausgedehnte Colon transversu
mit der pars pylorica und der Curvatura major ventriculi durc

eistenartige Stränge verbunden. Nach rechts hin erhält dasselbe ine beträchtliche Impression durch die etwa apfelgrosse vorpringende, sehr stark gespannte Gallenblase. Diese ist mit larem, gelben Inhalte gefüllt, den untern Leberrand überragend. Hinter der Impression zieht das Colon transversum nach hinten nd oben, um dann in das verhältnissmässig kurze Colon ascenens umzubiegen. Von dem Magen ist der grösste Theil der ars pylorica unbedeckt sichtbar. Seine Vorderfläche mit dem Dünndarm, nach oben mit der Unterfläche des linken Leberlapens verbunden. Ebenso zwischen der obern Fläche des linken eberlappens und dem Centrum tendineum membranöse Verachsungen. Vom Duodenum nichts zu sehen; ebenso von der ilz, nur mit Mühe ist ihr unterer Boden zur Ansicht zu bringen. ie Leber ist nach hinten und aussen verlagert, indem ein Theil es peritonealen Ergusses auf ihrer vordern (obern) Fläche lagert, emgemäss das lig. suspensor. in schrägerer Richtung verlaufend, ls gewöhnlich. Incisur zwischen linkem und rechtem Leberppen etwas lateralwärts von der Mammillarlinie. Der linke appen bedeutend verkleinert, die Oberfläche granulirt. Der chte Lappen nicht erheblich verkleinert. Diaphragma beiderits enorm emporgedrängt, ungewöhnlich ausgehöhlt. Sein tand entspricht rechts in der Mammillarlinie dem untern Rand er 3. Rippe, in der Axillarlinie dem untern Rand der 5. Rippe, aks der 4. und 6. Rippe. Die mikroskopische Untersuchung er Flüssigkeit ergiebt nur mehr weniger fest zusammengeballte iterkörperchen, entsprechend den geschilderten Flocken und hlreiche Bilirubinkrystalle.

Die Rippenknorpel sind zum Theil verkalkt. In den beiden eurahöhlen eine geringe Menge fast klarer, schwach röthlicher üssigkeit. Lage der Brustorgane normal.

Flüssigkeit im Herzbeutel nicht vermehrt, aber ähnlich trübe d klebrig, wie der Beschlag auf der convexen Fläche des chten Leberlappens. Das Herz ist etwas grösser, als normal, hlaff, rechte Hälfte reichlich mit Fett bewachsen. Ostien von rmaler Weite. Höhlen rechts etwas erweitert, links von norler Weite. Musculatur beiderseits schmutzig braun, welk und üchig. Links mit zahlreichen kleinen gelbweissen Streifen d Flecken durchsetzt, dazwischen einzelne grössere, die sich e grössere Schwielen inmitten der braunen atrophischen Masse

ausnehmen. Endokard und Klappen normal, links nur sehr st
blutig imbibirt. Auch die Aorta ascendens zeigt ganz norm
Verhältnisse.

Beide Lungen in ihrem oberen Abschnitte durchweg luftl
tig, von geringem Blut- und Feuchtigkeitsgehalt, in den mittle
und unteren Partien deutlich blutreicher und ödematös, a
noch immer lufthaltig. Bronchien ungewöhnlich stark, Knor
mit ausgedehnt. Verkalkungen. Schleimhaut lebhaft gerötl

Die Milz mit der grossen Curvatur des Magens einerseits,
seitlichen Bauchwand andererseits und endlich mit dem N
mehrfach verwachsen, beträchtlich vergrössert. An mehre
Stellen auf der convexen Fläche weisslich-schwielige, zum Tl
anscheinend verkalkte Auflagerungen. Parenchym sehr d
etwas blutreicher. Gefässwände und Trabekel leicht verdi
Follikel klein und undeutlich.

Beide Nieren kaum vergrössert. Kapsel leicht ablösbar, Ob
fläche intensiv grün mit vielen grünlichen und bräunlichen Flecl
inmitten der gleichmässigen Grundmasse. Auf dem Durchsch
kehrt dasselbe Bild in gleicher Intensität wieder. Auch in
Marksubstanz sieht man zahlreiche braune Streifen. Bei Dr
auf die Papillen entleert sich eine intensiv grüne, etwas tr
Flüssigkeit. Harnblase stark gefüllt, ihre Schleimhaut bla
Prostata nicht vergrössert.

Im Mastdarme ganz zäher, schleimiger, graugelber Inh
Beide Leistenringe, weit geöffnet, gestatten einem Zeigefin
bequem einzudringen bis zu dem übrigens kaum verkleiner
Hoden.

Bei der Betrachtung der übrigen Bauchorgane wird begon
mit der Eröffnung des Oesophagus, demnächst des Magens. Be
stark ausgedehnt, mit einer flockigen, breiigen, schwarzbrä
lichen Flüssigkeit gefüllt. Beim Eingehen in die pars pylor
ventriculi stösst man am pylorus auf eine beträchtliche Ver
gerung, die jedoch durch den Fingerdruck überwunden wer
kann. Ebenso stösst man beim Vordringen vom Duodenum
auf die gleiche Verengerung, vermag indess die entgegengeri
teten Finger zur Berührung zu bringen. Das Lumen sowohl
Pförtnertheils des Magens, als des oberen horizontalen, wie
absteigenden Theils des Duodenums stark gespannt, nach v
und oben gedrängt durch einen halbkugelig vorgewölbten, s

espannten Tumor, der sich aus der Gegend des caput pancreas von hinten her gegen den duct. choledoch., Wirsung. und lagen herandrängt und welcher allem Anschein nach aus dem ankreas hervorgeht. Im obersten Theile des Duodenums, $2\frac{1}{2}$ cm. om Pförtnerringe entfernt, stösst man auf zwei röthliche Stellen, n deren Bereich die Schleimhaut theils emporgehoben, theils ekrotisch zerfallen ist, die tiefen Schichten aber stark hämorragisch infiltrirt sind. Die eine zeigt bereits eine deutlich grünch braune Färbung und eingesunkenes Aussehen der Schleimaut im Bereich von etwa einem Quadratcentimeter. Hier sieht an eine kraterförmige, von geschwellten, aber kaum gerötheten ändern wallartig umgebene Stelle. Die Papille des duct. chodoch. ragt sehr stark hervor. Der dilatirte Magen wird aufeschnitten, der Schnitt trifft die Spitze des linken Leberlapens, daneben Pankreasgewebe in der Ausdehnung von drei ingerbreit. von normalem Aussehen. Daran setzt sich nach nks hin eine rothbraune verfärbte Masse, die sich aus cystihen Räumen zusammensetzt. In der Tiefe dieser Parthie gelangt an in die unmittelbare Nähe einer Cyste von der Grösse eines ittleren Apfels. Nach links von der beschriebenen cavernösen artie liegt wieder normales Pankreasgewebe, so dass die mit en Cavernen durchsetzte Stelle im Pankreasgewebe eingeschlossen t und etwa den Platz des corpus pancreatis einnimmt. Das rch den Schnitt freigelegte Pankreas hat eine Länge von 12 cm.

Die linke Niere ist von einem reichen Fettpolster umgeben id durch Narbenstränge stark an das Pankreas und den Magen rangezogen; auf der Oberfläche der Niere einzelne Cysten. ngefähr 8 cm. unterhalb des Pylorus liegt die Papille des ictus choledochus und ist, aufgeschnitten 1 cm. breit, da, wo ct. cystic. und hepat. confluiren, $1\frac{3}{4}$ cm. breit. Gallenblase n der Grösse einer kleinen Faust, ihre Wandung hypertrophisch über, zäher Inhalt von schmutzig gelbgrüner Farbe. Duct. pat. und Lebergänge bis in die kleineren Aeste stark dilatirt id mit klarer Flüssigkeit gefüllt. Duct. pancreat. sehr weit, lässt h 6 cm. weit glatt verfolgen, dann geht er in cystische Partien über, denen er bei genauerer Präparation hin und wieder auftaucht. er mit der grossen Cyste in Communikation tritt, ist nicht tzustellen. Schlägt man die untere Hälfte des durchschnittenen agens nach oben, so kommt unter derselben wieder Pankreas

zur Ansicht und zwar erscheint der Kopf des Pankreas bedeut
vergrössert. Derselbe erscheint in der Ausdehnung von 9
in der Höhe, 7 cm. in der Dicke an normaler Stelle gelegg
verengernd auf den Anfangstheil des Duodenums drückend.

In diesem Falle war also fast die ganze Drüse theils
Bindegewebe umgewandelt, theils zeigte sich in den noch
Drüsenläppchen durchsetzten Partien starke Wucherung dessell
An vielen Stellen war das Bindegewebe matsch und zeigte
Folge von kleineren oder grösseren Blutaustritten eine bräunli
rothe Verfärbung, welche sich an einzelnen Stellen bis zur Cyst
bildung steigerte und ihren höchsten Ausdruck in dem Vorhandens
der apfelgrossen, bluthaltigen Cyste fand. Der Inhalt der klei
sowohl, als auch der grossen Cyste erwies sich ausschliessl
als aus Blut bestehend, welches alle Stadien der Umwandlu
makroscopisch und mikroscopisch erkennen liess, so dass
diesen Fall den von mir oben beschriebenen Hämatomen
Pankreas beizählen zu müssen glaube. Hierbei möchte ich no
erwähnen, dass ich der von Küster vertretenen Ansicht, es gä
keine primär entstandenen Hämatome des Pankreas, nicht b
zutreten vermag; denn einerseits sind die von Zenker beschr
benen Fälle unstreitig Blutungen in das Gewebe des Pankre
ohne vorherige Bildung irgend welcher Retentions-Cysten, andr
seits erwähnt Friedreich ausdrücklich mehrere von ihm bee
achtete Fälle von chronischer und acuter Entzündung der Bau
speichel-Drüse, in welchen Blutungen in das Pankreas statt
funden hatten, die sogar zu kleinen Cysten geführt hatten. F
meine Ansicht sprechen ferner die Fälle: 6, 29, 31, 40 und
meiner Tabelle.

Unser Fall blieb bei Lebzeiten des Patienten in manch
Beziehung dunkel. Nach dem charakteristischen, bei der Pun
tion erhobenen Leberbefunde, konnte es freilich keinem Zwei
unterliegen, dass Patient, ein erwiesener potator strenuus,
einer Lebercirrhose behaftet sei, die besonders zu einer Verkl
nerung des linken Leberlappens geführt hatte und den sei
Natur nach ebenso unklaren Tumor deswegen der Palpati
zugänglicher machte. Nach der Lagerung des letzteren in
Gegend des Pylorus konnte man an ein Carcinom dieses Mag
theiles, an einen Pankreastumor, vielleicht auch an ein Aneurys
einer der zahlreichen in dieser Gegend laufenden Arterien d

en, obwohl letztere Annahme, abgesehen von der enormen Sel-
nheit solcher Fälle, durch den Mangel von Pulsationen und
uscultatorischen Phänomenen ausgeschlossen erschien. Ebenso
urfte man den Tumor nicht für tuberkulös degenerirtes Netz
nsprechen, da das niedrige specifische Gewicht der Ascitesflüs-
gkeit die Annahme einer Peritonitis nicht gestattete. Die Dif-
rentialdiagnose schwankte demnach hauptsächlich zwischen
agencarcinom und Pankreastumor. Der Fettreichthum der
uhlgänge, die lebhaften, ja furibunden Schmerzanfälle, die ins
pigastrium verlegt wurden, sind Symptome, welche uns für
ankreaskrankheiten geläufig sind. Doch bietet ihr Erscheinen
i einer Combination eines Magencarcinoms mit Lebercirrhose
ensowenig Schwierigkeiten. Auffällig war es, dass die am Tage
r dem Tode erbrochenen Massen mit Methylviolett deutliche Salz-
urereaktion darboten. Bei den schwankenden Angaben der Auto-
n über den Werth dieser Reaktion schien es jedoch um so unthun-
her, auf diesen Punkt diagnostisches Gewicht zu legen, als
ere Magensaftuntersuchungen, wie sie Riegel postulirt, bei dem
rfallenen, cholämischen Patienten sich nicht ausführen liessen.
Die schliesslich deutlich nachweisbare Magenektasie konnte
en so gut durch ein Pyloruscarcinom, als durch Compression
s Duodenums von aussen erzeugt sein. Das kaffeesatzartige
brechen ist bekanntlich auch öfters zu beobachten, ohne dass
n offener Krebs der Magenwandung vorliegt.

Man recurrirte schliesslich auf die Ergebnisse der Palpation.
unmittelbar nach den in den Abendstunden vorgenommenen
nktionen der Unterleib sich wieder ausserordentlich schnell
lte, so war es Herrn Geheimrath Biermer selbst unmöglich,
der folgenden Morgenvisite den Tumor genau zu palpiren.
e Untersuchung durch den Assistenzarzt ergab eine mit der
spiration unverschiebliche, etwas über faustgrosse relativ frei
wegliche Geschwulst, welche so wenig von der Umgebung
zugrenzen war, dass selbst bei der Sektion nach Eröffnung
Bauches und Entfernung des grössten Theiles der Eingeweide
Beurtheilung der Zugehörigkeit des Tumors äusserst schwierig
r und erst der längs der grossen Curvatur des Magens geführte
öffnungsschnitt Klarheit brachte, da der tastende Finger dann
Stenosenverhältniss nicht am Pylorus, sondern dicht darunter
durch einen von aussen drückenden Tumor bedingt ergab.

So wie in dem vorliegenden Falle die Erkennung der
krascyste unmöglich war, so zeigt sich auch bei den in der Tal
angeführten Fällen, mit wie grossen Schwierigkeiten die Diagno
gerade bei den Erkrankungen des Pankreas zu kämpfen
Betrachten wir den Werth der für Pankreaskrankheiten
speciell für Cystenbildungen von Friedreich sehr übersicht
zusammengestellten Symptome an der Hand unserer Tabelle
ergiebt sich Folgendes:

1) Sehr starke Abmagerung des ganzen Körp
findet sich in 11 Fällen; davon bestand aber bei zweien Carcin
in zwei Fällen Compressionsikterus, in einem braune Leberatrop
in einem Ikterus mit Lebervergrösserung und Erweiterung
duct. choledochus (Hjelt), und in einem Falle war das Individ
86 Jahr alt. In zwei Fällen waren die Cysten sehr gross,
ihnen dürfte es sich wohl mehr um mechanische Ernährun
störungen gehandelt haben. Es bleiben also nur noch z
Fälle, in welchen die Erkrankung des Pankreas allein als
Ursache der excessiven Abmagerung angesehen werden kann

2) Salivatio pancreatica, reichliche Entleerung e
speichelartigen Flüssigkeit durch den Mund, war in keinem F
vorhanden.

3) Fluxus coeliacus, Entleerung dünner, klebriger,
Bauchspeichel bestehender Stühle, ist niemals beobachtet wor

4) Fett in den Stuhlgängen wird drei Mal erwähnt, in d
von Gussenbauer operirten Falle das Fehlen des Fettes a
drücklich hervorgehoben. Ob in den übrigen Fällen der St
auf Fettgehalt untersucht ist, lässt sich aus den vorliegen
Berichten nicht feststellen. Bei diesem Symptom möchte
noch zwei Punkte hervorheben. Zunächst, wenn Fett in d
Stuhlgang vorhanden ist, wird man sich stets die Frage vo
legen haben, ob nicht der Patient in zu reichlichem Masse F
substanzen aufgenommen hat, so dass sein Verdauungstr
dieselben nicht bewältigen konnte. So hat man gefunden, d
z. B. in einzelnen Fällen, wo hartnäckige Obstipation besta
die Kranken grosse Mengen Ol. Ricini bekamen. Dann k
man allerdings nicht die Stearrhoea auf eine Prankreaskrank
beziehen wollen. Andererseits existiren eine sehr grosse Anz
von Fällen, in denen das ganze Pankreas erkrankt war, o
dass Fettstühle vorhanden waren. Hier war eben die Me

les aufgenommenen Fettes nicht so gross, dass sie nicht von ler Galle hätte emulgirt werden können. Jedenfalls kann man Steatrrhoea nicht als ein pathognomonisches Symptom für Pankreas-rkrankungen auffassen, wenngleich dieselbe immerhin das Augenmerk des Arztes auf dieses Organ hinlenken sollte.

5) Das von Fles (cf. Friedreich) erwähnte Vorkommen quergestreifter Muskelfasern im Stuhl wurde mit einziger Ausnahme des Küster'schen Falles gar nicht beobachtet.

6) Diabetes mellitus kam drei Mal vor.

7) Chronischer Ikterus war vorhanden in 13 Fällen, wovon in 3 Lebererkrankung, in den übrigen mechanischer Verschluss les duct. choledochus durch die Veränderungen im Pankreas oder dessen nächster Umgebung hervorgebracht wurde.

8) Verschluss oder Stenosirung der benachbarten Blutgefässe ist in keinem Falle beschrieben.

9) Epigastrischer Schmerz wird in 17 Fällen angegeben. Davon steigerte sich derselbe in 6 Fällen zu wahrer Neuralgia coeliaca, so dass die Patienten von Zeit zu Zeit die heftigsten Schmerzanfälle erlitten, gegen welche selbst grosse Morphium-Dosen, wie in unserem Falle, ohne Wirkung waren. Dieses Symptom, das zeitweise Auftreten furibunder Schmerzen im Epigastrium, ist neben dem Fettgehalt des Stuhles, das einzige unter den allgemeinen Pankreassymptomen, welchem ich einige Wichtigkeit zuschreiben möchte. Dabei ist aber nicht ausser Acht zu lassen, dass auch andre Krankheiten, vor allem Carcinom der Leber und des Magens, sowie ulcus ventriculi die gleichen Erscheinungen hervorrufen. Erst wenn diese Erkrankungen ausgeschlossen werden können, darf man dies Symptom für Pankreasaffektionen benützen.

10) Dyspeptische Beschwerden waren in fast allen Fällen vorhanden, sind aber offenbar für die Krankheiten des Pankreas ungleich weniger diagnostisch verwerthbar, als für die der übrigen Digestionsorgane.

Während so die allgemeinen Pankreassymptome für die Erkennung der Cystenbildung in der Bauchspeicheldrüse von relativ geringem Werthe sind, stellt sich die Sache bezüglich der speciellen Symptome, d. h. derjenigen, die speciell durch die Cysten herbeigeführt werden, wesentlich günstiger. Die Ergebnisse der Palpation, Auskultation und Perkussion, sowie vielleicht in einzelnen Fällen die der chemischen Untersuchung der Punk-

tionsflüssigkeit der Cyste können unter günstigen Umständen Diagnose sichern. Beweis dafür sind die von Gussenbau Küster und Senn veröffentlichten Fälle, welche diagnostic und durch Operation zur Heilung gebracht wurden.

Diese drei Fälle hatten das Gemeinsame, dass es sich um se grosse Cysten handelte, welche vorzugsweise nach unten zu sich v grössert hatten. Diese Art Cysten, d. h. die nach unten hin si vergrössernden, sind es vorzugsweise, welche einer Diagnc zugänglich sein dürften. Sie werden sich in den meisten Fäll von der Leber, der Milz und den Nieren percutorisch abgrenzz lassen. Ihr erstes Erscheinen in der Nabelgegend, ihr weiter Wachsen nach unten wird sich durch die Anamnese eruir lassen. Erreichen dieselben das kleine Becken, so handelt es si vorzugsweise um die Entscheidung der Frage, ob Pankreas-Cyst oder Ovarien-Cyste vorliegt; eine genaue innere und combinir Untersuchung der Genitalien wird uns darüber aufklären. Au der fast immer vorhandene Blutgehalt der Pancreas-Cysten wi für die Differential-Diagnose von Wichtigkeit sein. Sollte da noch die durch die Probe-Punktion gewonnene Flüssigkeit d Eigenschaften des Bauchspeichels besitzen, so wäre jeder Zwe fel geschwunden.

Ungleich weniger günstig liegen die Verhältnisse bei de nach oben wachsenden Pankreas-Cysten. Hier wird das klinisch Bild durch den Zusammenhang der Dämpfung über der Cys mit der Leber-, Milz- und Nieren-Dämpfung getrübt. Ferne werden bei dieser Wachsthums-Richtung in wichtigen Abschnitte des Verdauungskanales bedeutende Störungen verursacht werde welche die eigentlichen Symptome der Pankreas-Cysten mehr i den Hintergrund treten lassen. Es gehören hierher Compressio und Stenosirung des Zwölffinger-Darmes und des Pförtnertheile des Magens, sammt ihren schweren Folgen für die Verdauun ferner Verengerung und Verschluss des Gallenganges mit darau folgender Retention der Galle und der daran sich anschliesse den Symptome der Cholämie. Unter Umständen kann auch di vena portarum comprimirt werden, und Stauungserscheinunge in dem kleinen Kreislauf sich ausbilden. Dazu kommt noc dass man bei diesen, in der oberen Bauchgegend sich ausbilde den Pankreas-Cysten noch in Betracht zu ziehen hat Hydrop der Gallenblase, Echinococcus der Leber, Milz, Nieren und Mese

rium, ausserdem Aneurysmen der Bauchaorta und ihrer Aeste nd endlich Lymph-Cysten im Mesenterium. Bei den kleineren ystenbildungen wird auch oftmals die Diagnose schwanken wischen Carcinom des Magens und Pankreas-Cysten, wie in nserem Falle. Beide Krankheiten rufen Verschluss des Pylorus it seinen Folgen und Verschluss des Gallenganges hervor, beide önnen localisirt sein im Epigastrium zwischen Nabel und processus ensiformis; beide führen zu excessiver Abmagerung; kurz er gemeinsamen Symptome sind so viele, dass wohl in den llermeisten Fällen die Unterscheidung zwischen Magen-Carcinom nd Pankreas-Cyste unmöglich sein dürfte. In solchen zweifelaften Fällen wird man dreierlei nicht ausser Acht lassen dürn: 1) die Untersuchung der Stuhlgänge auf Fett; vermehrter ettgehalt derselben wird unsere Aufmerksamkeit auf das Pankreas nken — 2) die Aufblähung des Magens durch Kohlensäure; verleinert sich hierbei die Dämpfung und schiebt sich der untere Rand es Magens über die vordere Fläche der Geschwulst nach abwärts, o spricht dies für einen Zusammenhang der Geschwulst mit dem ankreas — 3) öftere Untersuchungen des Magensaftes auf Salzäure-Gehalt; das Fehlen der Salzsäure spricht für Carcinom.

Ueber die Differential-Diagnose zwischen Pankreas-Cyste und en oben angeführten Erkrankungen der Leber, Milz u. s. w. at Küster in seiner Arbeit so klar und sachlich abgehandelt, dass h seinen Angaben nichts hinzuzufügen vermag. Jedenfalls ist s nach den bisherigen Erfahrungen noch mit grossen Schwiegkeiten verknüpft, die Cystenbildung im Pankreas zu diagnosciren. Aber gerade darum ist es wünschenswerth, dass jeder nschlägige Fall veröffentlicht und so dem weiteren ärztlichen ublicum zugänglich gemacht wird. Nur so wird es möglich ein, aus einem immer mehr sich vergrössernden Material die ichtigen Momente herauszugreifen und zu einem umschriebenen rankheitsbilde zu vereinigen. In diesem Sinne hoffe ich, dass ch diese meine Veröffentlichung nicht ohne Nutzen für die Erweiterung unserer Kenntnisse über die Pankreaskrankheiten sein erde. Ein grosser Theil dieses kleinen Verdienstes würde hierbei f meinen Herrn Collegen, den Assistenzarzt an der medizinischen linik zu Breslau, Herrn Dr. Legal, entfallen, welcher mich in ebenswürdigster Weise bei Anfertigung dieser Arbeit unterstützt, at, wofür ich ihm hiermit meinen wärmsten Dank ausspreche.

№	Autor resp. die hier benützte Quelle.	Geschlecht und Alter.	Aetiologische Momente.	Allgemeiner Ernährungszustand.	Temperatur.	Puls.	Erscheinungen von Seiten der Lungen.	des Herzens und der Gefässe.	des Verdauungskanals.	der Leber.	der Milz.	der Harnwerkzeuge.
1.	**Bamberger,** Virchow's specielle Pathologie u. Therapie VI. 1. 1855. S. 679.		Krebsbildg. um d. Ductus Wirsung.		Fieberanf.				Erbrechen, zuletzt Blutungen per os et anum.	Icterus.		
2.	**Battersby,** (The Dublin journal 1844). Nach Ancelet: Etudes sur les maladies etc. Paris 1866. S. 82. Obs. 15.	Frau, 55 bis 60 Jahre alt.	Krebsbildung im Pankreas.	Aeusserst abgemagert.					Aufstossen u. Erbrechen einer durchsichtigen, fadenziehenden Flüssigkeit. Appetitlosigkeit.			
3.	**Bécourt,** Recherches sur le pancréas. Strassbourg1830. S. 58.											
4.	**Ibidem** S. 47.									Icterus.		
5.	**Bozeman** [Lancet 1882, I.] Nach dem Archive général de médicine. 1882, 2.	Frau, 41 Jahr alt.		Abgemagert.					Vereinzelt dyspeptische Beschwerden.			
6.	**Challand et Rabow.** Nach d. Berliner klin. Wochenschrift. 1878. Nr. 15.	Frau, 62 Jahr alt.							Wiederholtes Erbrechen.			
7.	**Clarck** [Lancet 1851]. Nach Ancelet S. 35, obs. 6.	Frau, 57 Jahr alt.							Verstopfung. Stühle entfärbt, fetthaltig, oft stinkend.			
8.	**Crampton.** [Birmingh. Path. Society. Dec. 1842.] NachBoldt, Dissertat. Berlin 1882.											

objektive Symptome.		Ausgänge der Krankheit.	Sektionsbefund.		Kritische Bemerkungen.
Palpation.	Perkussion und Auskultation.		Pankreas.	Uebrige Organe.	
		Tod.	Ductus Wirsung. durch Krebsmassen comprimirt. Dahinter eine mannsfaustgr. Cyste, angefüllt mit gelbröthlicher Flüssigkeit.	Auch der ductus hepaticus ist durch Krebsmassen verschlossen.	
Tumor im Epigastrium v. d. Grösse ein. Orange, isochron mit dem Herzen pulsirend. Nach 2 Mon. einfache schmerzhafte quere Induration.	Blasendes Geräusch über dem Tumor zu hören.	Tod.	Scirrhus besonders der Cauda pancreatis. In der Mitte des Organs eine klein. rund. durchscheinende Cyste. Duct. Wirs. nur bis ein Zoll weit von der Mündung offen.	Compression des Duodenum und der Mesenterialgefässe durch den Scirrhus.	Es handelt sich hier jedenfalls um Abschluss und Dilatation eines Seitenganges.
		Tod.	Kindskopfgrosse Cyste im Körper u. Schwanz des Pankreas.		Präparat des Strassburger Museums. Nähere Angaben fehlen.
		Tod.	Pankreas atrophisch; enthält Concremente. Ductus Wirsung. bildet seiner ganz. Länge nach eine Cyste.	Gallenblase und Gallengänge erweitert.	WahrscheinlichCirrhose mit Compression des ductus Wirsung. und choledochus.
		Heilung nach Operation.	Unilokuläre Cyste, deren Stiel u. Wandung mit d. Pankreas zusammenhängt, enthaltend circa 11 Liter einer leicht bräunlich. Flüssigkeit von dem spec. Gewicht 1020, saurer Reaktion.		Die Diagnose war auf Ovariencyste gestellt. Wahrscheinlich handelt es sich hier um eine Retentionscyste, welche später nach Art anderer, z. B. Ovariencysten wuchs.
		Tod.	Pankreas dopp. so gross, dunkelbraun, sehr erweicht, enthält eine faustgrosse mit geronnenem Blute angefüllte Cyste.		In diesem Falle trat plötzlicher Collaps u. nach 13 Tagen der Tod ein. Es scheint das ein rein. Fall von Hämorrhagie des Pankreas zu sein.
		Tod.	Pankreas ganz verfettet. Im Schwanze des Organs eine hühnereigr. Cyste, angefüllt mit tief chokoladeartiger, im Centrum gelblicher Masse. Der Ductus Wirsung., durch ein Concrement verstopft und dilatirt, hängt mit der Cyste zusammen.	Leber zeigt Andeutung von Cirrhose. Gallenblase klein, enthält zwei Steine. Duct. choledoch. erweitert.	Rententionscyste mit Hämorrhagie.
		Tod.	Runde Cyste mit serosanguinolentem Inhalt.		

№	Autor resp. die hier benützte Quelle.	Geschlecht und Alter.	Aetiologische Momente.	Allgemeiner Ernährungszustand.	Temperatur.	Puls.	Erscheinungen von Seiten der Lungen.	des Herzens und der Gefässe.	des Verdauungskanals.	der Leber.	der Milz.	der Harnwerkzeuge.	
9.	**Cruveilhier,** Traité d'anatomie pathol. générale. T. III. S. 366.		Krebs.							Chronischer Ikterus.			
10.	**Cournow.** [Transact of the pathol. Society XXIV. 1873.] Nach Virchow-Hirsch Jahresbericht der ges. Medicin. 1873. II.	Mann.		Sehr fett.									
11.	**Dixon.** [New-York med. record 1884. March 15.] Nach Salzer: Prager Vierteljahrsschrift. 1886, 1.	Mann, 42 Jahr.		Abgemagert.					Erbrechen zur Zeit der Schmerzanfälle. Obstipation, Nausea.	Ikterus.			A s in ge
12.	**Duponchel.** [Société méd. d'emulat. 1824.] Nach Ancelet S. 91 u. Clässen S. 339.	Mann.							Erbrechen. Aufstossen einer bräunlichen, faulig stinkenden Flüssigkeit. Epigast. Verstopfung, gestörte Verdauung.				S
13.	**Engel,** Medic. Jahrbüch. des österreich. Staates. 1840. XXIII. S. 418.												
14.	**Ebendaselbst.**												
15.	**Ebendaselbst** S. 415.												
16.	**Ebendaselbst.**	Frau, 60 Jahr alt.											

objektive Symptome.		Ausgänge der Krankheit.	Sektionsbefund.		Kritische Bemerkungen.
Palpation.	Perkussion und Auskultation.		Pankreas.	Uebrige Organe.	
			Ziemlich bedeutende Cyste im Pankreas, seröse Flüssigkeit enthaltend. Die Innenfläche der Wandungen mit leistenartigen Erhebungen u. Oeffnungen versehen, Scirrus des Kopfes.	Gallenblase vergrössert, duct.choled. bis zu Fingerdicke erweitert. Die Geschwulst des caput pancreatis comprimirte den duct. choledoch.	Erweiterung des pankreatischen Ganges infolge Compress. d. Ausmündungsstelle desselben durch d. scirrhös degenerirte caput pancreatis.
		Tod.	Duc. pancreat. u. seine Nebengänge stark erweitert u. mit Steinen angefüllt. Es schien, als wenn das Duodenal-Orificium durch katarrh. Entzündung verschlossen gewesen [u. das Sekret eingedickt wäre.	Duct. cystic. undurchgäng. Kleine Steine i. d. Lebergäng.	
Tumor im Epigastr. mit d. Leber zusammenhgd. u. sich m. ihr verschieb., puls. synchr. mit d. Aorta.		Tod nach Punktion.	Dickwandige, mit etwa 8 Unzen gelb. Schleim gefüllte Cyste, mit dem duct. pancreat. communicirend und Kopf u. Schwanz des Pankreas einnehmend.	Pylorus vorgeschoben, Därme n. lks. gedrängt. D. choledoch. durch d. Pankreas-Cyste comprimirt.	
		Tod.	An Stelle des Pankreas eine dickwandige Cyste von der Grösse eines Kindskopfes. Inhalt: Bräunliche, coagulirt. Blute ähnl. Substanz, vermischt m. Medullar-Carcin. Massen. Fingernagelgrosse Oeffnung ins Duodenum.	Duodenum zeigt Spuren chronischer Entzündg.	
		Tod.	Sechs bis acht rundliche, mit klarer seröser Flüssigkeit gefüllte Blasen, die mit ihren Wandungen zusammen stiessen und einen fast maulbeerartigen Haselnusssack darstellten.	In der Hirnrinde, den Nieren und anderen Organen ebenfalls seröse Cysten.	Engel gibt an, diese Cysten hätten ebenso, wie im folgenden Falle, im bindenden Zellgewebe gesessen. Waren es vielleicht Hydatid.?
		Tod.	Im bindend. Zellgeweb. (?) 6—8 hanfkorn- bis erbsengr. Wasserblasen.		
		Tod.	Ein eingeklemmt. Gallenstein in d. Nähe d. Ausmündungsstelle d. duct. choled. u. Wirs. hatte eine Dilatation beider Gänge bis z. Dicke eines kl. Fingers veranlasst.		
		Tod.	Das Endstück des duct. pancreat. samt d. Pankreaskopf rechtwinkl. aufwärts gebogen. Erweiterung d. horizont. Ganges bis zur Dicke einer stark. Federspule. Klappenähnl. Hervorragungen in der Höhle.		Engel hält die Knickung d. Ausführungsganges für die Ursache der Dilatation.

№	Autor resp. die hier benützte Quelle.	Geschlecht und Alter.	Aetiologische Momente.	Allgemeiner Ernährungszustand.	Temperatur.	Puls.	Erscheinungen von Seiten der Lungen.	des Herzens und der Gefässe.	des Verdauungskanals.	der Leber.	der Milz.	der Harnwerkzeuge.	
17.	**Ebendaselbst.** XXIV. S. 196.	Frau, 76 Jahr alt.	Knickung des duct. Wirsung.	Starke Abmagerung.					Abneigung geg. Speisen, Druckgefühl u. Aufgetriebensein. Zuweilen Erbrechen.	Ikterus.			
18.	**Friedreich,** v. Ziemssens Handbuch der speciell. Pathol. u. Therap. VIII. 2, S. 251.	Mann, 43 Jahr alt.	Krebs des Duodenum.	Starke Abmagerung.						Chronischer Ikterus. Leber vergrössert.	Milztumor.		
19.	**Galeati,** Comment. acad. Bonon. IV. 1757.	Mann.	Eingekl. Pankreassteine?						Erbrechen, Verstopfung	Mehrmals vorübergeh. Ikterus.			
20.	**Gross,** Boston society 1847, p. 174.	Mann, 40 Jahr alt.	Pankreassteine.		Fieber.				Intestinale Blutungen seit 12 Jahren. Verstopfung, später Diarrhoe. Fettstühle.	Ikterus.			
21.	**Gussenbauer,** Verhandl. der deutsch. Gesellschaft. 12. Congr 1883.	Mann, 40 Jahr alt.	Ein Excess im Essen u. Trinken.	Starke Abmagerung.	Vorüberg. Fieb.		Athmung costal.		Uebelkeit, besonders n. d. Essen; Erbrechen. Kein Fett im Stuhl.			Harn normal.	
22.	**Hjelt,** Nach Schmidt's Jahrb. der gesammt. Medicin. 157.	Frau, 76 Jahr alt.		Abmagerung.						Ikterus. Vergrösserte Leberdämpfung.			
23.	**Hoppe.** Virchow's Arch. XI.	Mann.								Stark ikterisch.			
24.	**Klebs.** Handbuch der pathol. Anatom. 1876. I. 2. S. 552.	Frau, 40 Jahr alt.											

objektive Symptome.		Ausgänge der Krankheit.	Sektionsbefund.		Kritische Bemerkungen.
Palpation.	Perkussion und Auskultation.		Pankreas.	Uebrige Organe.	
		Tod.	Pankreas kl., dicht, fest. Duct. Wirs. mehr als federspulenweit, mit klappenart. Vorsprüngen, am Kopfe nach aufwärts gerichtet. Inhalt: graue, grobschaumige Flüssigkeit.	Braune Leberatrophie.	
		Tod.	Duct. Wirsung., durch Krebsmasse hindurchlaufend, ist an der Mündung comprimirt, im Uebrigen bis zur Dicke des kl. Fingers erweitert unterBildung zahlr. seitl. Divertikel.	Krebsd.Duodenum, d. D. choled. verschliessend. Starke Erweiterung der Gallenkanäle.	
			Kopf des Pankreas in eine Art Sack verwandelt, von der Grösse eines Hühnereis, einige 20 kl. Steine enthaltend.		Der vorübergehende Icterus, sowie die Cystenbildung wurden hier wahrscheinlich durch eingeklemmte Steine veranlasst.
Tumor im Epigastrium			Cyste im Kopfe u. Körper des P. von 4 u. 3 Zoll Durchmess. mit membranösen Wandungen, enthält kleine Concremente u. sero-sanguinolente Flüssigk. Die Duodenalmündung des Kanals durch zwei kl. Steine verstopft.		
Tumor grösser als nach der Inspektion zu schliessen.	Tympanitischer Schall über der Geschwulst; wird gedämpft beim Andrücken der Bauchwand a. d. Geschwulst.	Heilung nach Operation.	Cyste, enthalt. 1900 cbcm schwarzgraue Flüssigkeit. Hin und wieder an der sonst glatten Innenfläche schwarzbraune, leicht ablösbare Massen.		G. stellte die Diagnose Cyste im Pankreas oder der linken Nebenniere.
		Tod.	Das das Pankreas umgebende Bindegewebe verdickt. Zahlreiche bis bohnengr. cystische Erweiterungen d. seitlichen Pankreasgänge. Erweiterung des duct. Wirs. bis 2,5 cm. Breite.	Adhäsionen zwisch. Pankreas, Diaphragma u. Milz. Leber stark vergr., duct. choled. erweitert.	Die Bindegewebshyperplasie, welche hauptsächl. um den Kopf d. Pankr. lokalisirt war, hatte zur Compression d. duct. Wirs. u. choled. durch d. vergrösserten Pankreaskopf geführt.
		Tod.	Cylindrisch. Ausdehnung d. pankreatischen Ganges u. ampullenartige Erweiter. seiner Aeste. Inhalt fast gallertartig hellgelber Saft.		„Die Ursache d. Stauung beider Sekrete schien ein sehr dichtes narbiges Bindegewebe zu sein, welches diffus die Einmündungsstelle beider Gänge, des duct. choled. und pancreat. i. d. Duodenum umgab.
		Tod.	In der Mitte d. Pankreas zahlreiche mit trüber gelblicher Flüssigkeit gefüllte Blasen.	Meningitis purulenta.	Da keinerlei Hinderniss im duct. Wirs. gefunden wurde, u. derselbe auch nicht dilatirt war, hält Klebs mechanisch. Einflüsse von seiten d. gross. Gefässe für d. Ursache dies. Bildung. Die Frau hatte zahlreiche Geburt. durchgemacht.

№	Autor resp. die hier benützte Quelle.	Geschlecht und Alter.	Aetiologische Momente.	Allgemeiner Ernährungszustand.	Temperatur.	Puls.	Erscheinungen von Seiten der Lungen.	Erscheinungen von Seiten des Herzens und der Gefässe.	Erscheinungen von Seiten des Verdauungskanals.	Erscheinungen von Seiten der Leber.	Erscheinungen von Seiten der Milz.	Erscheinungen von Seiten der Harnwerkzeuge.
25.	**Kootz,** Operation einer Pankreas-Cyste. Inaug.-Dissert. Marburg 1886.	Frau, 36 Jahr alt.										
26.	**Kramer.** Nach Salzer in d. Prag. Vierteljahrsschrift. 1886, 1.	Mädchen, 16 Jahr alt.							Erbrechen.			
27.	**Küster.** Deutsche med. Wochenschrift. 1887. 10. 11.	Mann, 46 Jahr alt.	Sturz vom Wagen vor 8 Jahren.	Sehr kräftig, aber mager, fahlgraue Gesichtsfarbe.					Magenkrampf bis Collaps. Magen- und Darmentzünd., hochgrad. Meteorismus. Verdauungsbeschwerden.			
28.	**Kulenkampf.** Berliner klin. Wochenschrift. 1882. 7.	Mann, 39 Jahr alt.	Mechanische Insulte.	Gut genährt.								
29.	**Parsons.** [British med. journ. June 1857.] Nach Klebs, S. 550.	Frau, 60 Jahr alt.							Zeitweise Diarrhöen.			
30.	**v. Patruban.** Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1878. S. 239.	Mann, 70 Jahr alt.	Eingeklemmter Gallenstein.						Seit 25 Jahr. Erbrechen nach der Mahlzeit.			
31.	**Pepper.** [The med. Times. 1871.] Nach dem Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften. IX. 1871.	Mann, 45 Jahr alt.	Alkoholismus?						Etw. Blut im Stuhl, dann stark. Blutbr. welch. nach 2 Woch. sich wiederhold. zum Tode führte.	Verkleinerte Leberdämpfung.		
32.	**v. Recklinghausen.** Virchow's Arch. XXX. S. 360.	Mann, 40 Jahr alt.	Pankreassteine.									Diabetes mellitus.

objektive Symptome.		Ausgänge der Krankheit.	Sektionsbefund.		Kritische Bemerkungen.
Palpation.	Perkussion und Auskultation.		Pankreas.	Uebrige Organe.	
Ganze Leib durch eine Cyste ausgedehnt.		Tod nach Operation.	Innenfläche der Cyste theils glatt, theils von papillärer Beschaffenheit; d. Papillen zeigen adenoiden Bau.		Diagnose: Ovarialcyste. Laparatomie, Exstirpation glückt nicht.
	Dämpfung über dem Tumor hängt mit der Leberdämpfung zusammen.	Heilung nach Operation.	Cyste, enthaltend 2 Liter eiweissreicher Flüssigkeit.		Incision, Entleerung de als Leberechinococcus angesprochenen Cyste u. Einnähen derselben in die Bauchwunde führte in 4 Monaten zur Heilung, nachdem die letzte Zeit succus pancr. durch d. Fistel entleert worden war.
Fluktuation des prall gespannten Tumors.	Unter d. Leberdämpf. 2 fingerbreite tympanit. Zone, innen unt. davon eine links 4 finger-, rechts 1½ handbr. über d. Mitte, unt. 2 Fing. unter den Nabel reich. Dämpfung.	Operation. Heilung.			Probepunktionsflüssigk. hellgelb, etwas blutig gefärbt, eiweissreich, enth. Körnchenkugeln u. stechapfelf. r. Blutk. Op. durch Incis. Entleerung v. 2½ Liter Fl. Einnäh. in d. Bauchw. Heil. nach 1½ Mon. Ob. Fl. sacharif. u. emulgirt.
Zwei Fäuste gross. Tumor im Epigastr. mit hebend. Pulsation, verschiebl. bei tieferer Inspiration.	Dämpfung mit der des linken Leberlappens zusammenhäng.	Heilung.	Durch Incision eines Lit. wasserklarer Flüssigkeit aus der Cyste entleert.		Die Fistel entleerte später succus pancreaticus.
Geschwulst im Epigastr.; verschwind. und kehrt wieder.		Tod plötzlich.	Das Pankreas stellt eine 6 Zoll lange röhrenf. Cyste dar, die sich geg. die linke fossa iliaca senkt u. hint. d. colon descendens zu einer faustgr. mit Blut gefüllt. Höhle sich erweitert.		Aehnlicher Fall wie der von Störck. Der plötzlich eintretende Tod erinnert an die von Zencker veröffentlicht. Hämorrhagien d. Pankreas.
		Tod.	Mässige Erweiterung des duct. Wirsung. u. blasige Ektasie des hier vorhand. ductus pancreat. accessor.	Verödung d. Gallenblase, fast völl. Unwegsamk. d. duct. choled. durch eine Gallensteinerweiter. des duct. hepat. dext.	Offenbar trug der eingeklemmte Gallenstein d. Schuld an der Erweiterung der beiden duct. pancreat.
		Tod plötzlich.	Bluthaltige, mit dem Duodenum durch eine Oeffnung communicirende Höhle von der Grösse einer Wallnuss im faserig entarteten Kopfe des Pankreas.	Leber cirrh. Magen sehr ausged. und vollst. m. geronn. Bl. gef., welches sich bis i. d. Duod. erstreckte.	Die Cirrhose des Pankreas hat zur Ektasie des ductus Wirsung. geführt; cf. Parson, Störck.
		Tod.	Ductus pancreaticus am Uebergange d. Kopfes in den Körper durch eine bohnengr. weisse Concretion verlegt. Dahinter kindskopfgrosse Cyste.	Phthisis pulmonum.	

№	Autor resp. die hier benützte Quelle.	Geschlecht und Alter.	Aetiologische Momente.	Allgemeiner Ernährungszustand.	Temperatur.	Puls.	Erscheinungen von Seiten der Lungen.	des Herzens und der Gefässe.	des Verdauungskanals.	der Leber.	der Milz.	der Harnwerkzeuge.
33.	**v. Recklinghausen.** Virchow's Arch. XXX. S. 362.	Mann, 26 Jahr alt.	Pankreassteine.									Diabetes mellitus.
34.	**Riedel.** Langenbeck's Archiv XXXII. p. 994.	Frau, 45 Jahr alt.										
35.	**Rühle.** Nach Orths Dissert. Bonn 1883. S. 15.	Mann, 26 J. alt.							Anfangs stark. Durst, spät. Brechneigung.			Specif. Gew. des Harnes 1037. 5 Proz. Zuckergeh.
36.	**Salzer,** Prager Vierteljahrsschrift. 1886, 1.	Frau, 33 Jahr alt.	Typhus abdominalis?	Geringe Abmagerung. Fahler Teint.					Magendrücken, Erbrech. gallig gefärbter Massendiarrhöe. Früher habituelle Obstipation.			
37.	**Ibidem.** S. 19.	Frau, 42 Jahr alt.										
38.	**Sauter.** Zwei Fälle von Carcinom des Pankreas. Dissertat. Berlin 1874.	Frau, 66 Jahr alt.	Carcinom des Pankreaskopfes.		Fieberfrei.	Zwischen 70—100.		Arteriosclerosis.	Verstopfung, in der letzten Zeit wiederholtes Erbrechen schwärzlich. Massen. Geringe Esslust.	Ikterus.		
39.	**Senn.** [Journ. of american. med. assoc. 1885.] Nach Salzer.	Mann, 19 Jahr alt.	Sturz auf d. linke Bauchseite.						Erbrechen, Durchfälle.			
40.	**Störck.** Annus medicus. Vindobonae 1760. S. 245.	Frau, 28 Jahr alt.	Suppressio menstium?	Starke Abmagerung.			Athemnoth.	Herzpalpitation.	Heftiges Erbrechen.			

Objektive Symptome.		Ausgänge der Krankheit.	Sektionsbefund.		Kritische Bemerkungen.
Palpation.	Perkussion und Auskultation.		Pankreas.	Uebrige Organe.	
		Tod.	Pankreas fast ganz verfettet, Duct. Wirsung. stark erweitert, theilweise mit sackig. Ausbuchtungen versehen. Zwei grosse Steine verstopfen den Gang.	Phthisis pulm. utriusque. Gangraena pulm. sinistr. Pleuritis sinistr.	v. Recklinghausen bringt beide Fälle in Bezieh. zum Diabetes mellitus.
		Tod nach Operation.	Pankreas-Cyste, enthaltend 10 Liter einer bräunlichen Flüssigk. Cystenwand ohne Epithel, aber hier und da Auswüchse, welche aus adenoidem Gewebe mit Cylinderepith. besteh. Pankreas zieml. intakt, ein Theil seiner Gänge und Läppchen. ist i. d. Cystenw. aufgenom.		
		Tod.	Pankreas stark cirrhotisch. Ektasie des duct. Wirsung. Im Kopfe eine apfelgr. hämorrhag. Cyste.		
Kugelige, glattwand., fluktuirende bewegliche Geschwulst.	Dämpfung über dem Tumor, nicht zusammenhängend mit Leber-, Milz- od. Nierendämpfung, aber ins kl. Becken reichend.	Tod nach Operation.	Ueber mannskopfgrosse Cyste mit seröser, schäumender, undurchsichtiger, eiweissreicher Flüssigkeit gefüllt, ausgehend vom corpus pancreatis.	Verdrängung des colon transversum nach unten. Stark erweiterte a. und v. lienalis.	Die Diagnose war auf „einkämmerige Ovarialcyste" gestellt worden.
Kindskopfgr., elastisch. fluktuirender Tumor, seitlich verschieblich.	Ueber dem Tumor Dämpfung.	Tod infolge carcinoma mammae.	Ueber zwei mannskopfgrosse Cyst., vom corp. pancreat. ausgehend. Dickschleimiger graubräunl. Inh. D. pancr. erhalten und normal.	Därme nach rechts verdrängt.	
Geschwulst, schmerzhaft auf Druck, verschieblich mit der Respiration.	Dämpfung über dem Tumor hängt mit der Leberdämpfung zusammen.	Tod.	Carcinom des Pankreaskopfes. Dilatation des duct. Wirsung. mit taschenart. Ausbuchtung. Zahlreiche kleinere u. grössere, theilw. mit dem duct. Wirsung. communicir. Cysten.	Compression des duct. choledoch. durch das Carcinom und Erweiterung des Ganges. Carcinom der Leber.	
Tumor im Epigastrium und linken Hypochondrium.	Magen in der rechten Bauchhälfte durch Perkussion nachzuweisen.	Heilung nach Operation.	Die Probepunktion ergibt als Inhalt eiweissreiche Flüssigk. Drei Quart Cysteninhalt.		Die Diagnose war auf Pankreascyste gestellt.
Pulsirender Tumor im Epigastr. zur Zeit d. Menstruation sich wiederholt vergrössernd.		Tod.	Pankreas in einen Sack verwandelt, 13 Pfund schwer, enthält theils frisches, theils umgewandeltes Blut.		Es handelt sich hier offenbar um eine mehrfach sich wiederholende Hämorrhagie, d. auch schliesslich zum Tode führte.

№	Autor resp. die hier benützte Quelle.	Geschlecht und Alter.	Aetiologische Momente.	Allgemeiner Ernährungszustand.	Temperatur.	Puls.	Erscheinungen von Seiten der Lungen.	des Herzens und der Gefässe.	des Verdauungskanals.	der Leber.	der Milz.	der Harnwerkzeuge.
41.	**Thiersch.** Berliner klin. Wochenschrift. 1881. Nr. 10.	Mann, 38 Jahr alt.							Vorübergehende Uebelkeit im Anfang des Leidens.			
42.	**Virchow.** Würzburger Verhandlungen. III. 1852. S. 366.	Frau, 24 Jahr alt.	Duodemitis?	Starke Abmagerung.					Häufig gastrisch-biliöse Fieber u. Diarhoen.			
43.	**Virchow.** Die krankhaften Geschwülste.	Präparat.										
44.	**Wyss.** Virchow's Arch. 36. S. 455.	Mann, 50 Jahr alt.		Abmagerung.	Ein Mal Fieber constat., sonst normal.				Diarrhoe sehr stark.	Chronisch. Ikterus. Leber bedeutend vergrössert.		
45.	**Zukowski.** Nach Salzer: Prager Vierteljahrsschrift. 1886. I.	Frau, 36 Jahr alt.										
46.	**Unser Fall.**	Mann, 51 Jahr alt.		Starke Abmagerung.					Wiederholtes blutiges Erbrechen. Fäces meist gallenfrei u. fetthaltig.	Ikterus.		Urin enthielt zeitweise eine Spur Eiweiss.

objektive Symptome.		Ausgänge der Krankheit.	Sektionsbefund.		Kritische Bemerkungen.
Palpation.	Perkussion und Auskultation.		Pankreas.	Uebrige Organe.	
		Heilung nach Operation.	Tumor in d. Bauchhöhle, aus welchem b. d. Operation 3 Lit. chokoladenfarbiger Flüssigk. entleert wurden. Die später noch zurückbleibende Fistel entleert Serum, welches nicht d. Eigenschaften d. succus pancr. zeigt.		Thiersch hielt die Cyste für ein Hämatom des Pankreas.
		Tod.	Acne pancreat. Mässige Erweiterung des duct. Wirsung., angefüllt mit einer breiigen Masse.	Cat. vesicae urinar. Harnröhrenscheidenfist. Multiple Cysten der Ovarien, Fibroide d. Uterus.	Wahrscheinlich ist dies ein Fall von chron. Katarrh des Ausführungsganges, welcher vom Duodenum her auf die Drüse übergriff und die angegeb. Veränderung. hervorrief.
		Tod.	Sehr bedeutende, zum Theil sackige Erweiterung des duct. Wirs. infolge der Verschliess. d. Ostiums durch eine weiche zottige Duodenalgeschwulst.	Ektasie der Lebergänge u. Atrophie der Leber.	
		Tod.	Ampullenartige Erweiterung des duct. Wirs. und cystische Ektasie der Nebengänge. Sonst P. normal.	Lebergänge stark erweitert in Folge Compress. d. duct. choled. durch d. im Kopf d. Pankreas lokalisirt. Cysten.	
Tumor, zwei Handfläch. ib. d. Nabel reichend, verschiebl., träge fluktuirend.		Tod nach Operation.	Cyste im Pankreas, 5 Liter braunrothe, mit krümligen Massen vermengte Flüssigkeit enthaltend, hängt mit dem Pankreaskörper innig zusammen.		Diagnose war auf Cystovarium gestellt.
n der Mittellinie eine bei l. Athmung nicht verschiebliche, mit d. Hand wenig bewegliche, diffuse, etw. derbe Geschwulst., die mit der höckerigen Leber nicht zusammenhängt.			Apfelgrosse mit dunkelbraunrothem Inhalt angefüllte Cyste im caput pancreatis. Daneben mehr. kleinere Cysten mit gleichem Inhalt.	Lebercirrhose.	

Lebenslauf.

erfasser, katholisch, geboren am 6. Januar 1857 zu Gabersdorf, eis Glatz, Sohn des Gutsbesitzers Josef Kühnast, besuchte Elementarschule des Heimathsortes bis Herbst 1869, von bis Herbst 1877 das Gymnasium zu Glatz, absolvirte vom October 1877 bis 1. October 1878 seine Militär-Dienstzeit l wurde im Herbst 1878 bei der philosophischen Fakultät der iversität Breslau immatrikulirt. Im Wintersemester 1881/82 trat zur medicinischen Fakultät über, verliess mit Beginn des mmersemesters 1882 Breslau, um meine Studien in Greifswald tzusetzen. Hier absolvirte ich am 10. August 1883 das ten- ıen physicum und kehrte darauf nach Breslau zurück, wo mich im Winterhalbjahr 1885/86 dem medicinischen Staats- ımen unterzog. Ich beendigte dasselbe am 18. April 1886 l erhielt am 5. Mai die Approbation als Arzt.

In Breslau hörte ich bei folgenden Herren Professoren:

F. Cohn, Dilthey, Galle, Hasse, Hertz, Loewig, Meyer, Neumann, Oginski, Partsch, Rosanes, Roemer, Schottky, Schroeter, Weber; Berger, Biermer, H. Cohn, Fischer, Foerster, Fritsch, Gottstein, Haeser, Hasse, Neisser, Ponfick, Unverricht.

In Greifswald:

Budge, Gerstaecker, Landois, Limpricht, Loebker, Pernice, Rinne, Sommer.

Thesen.

1. Das klinische Bild der Pankreas-Cyste wird bedingt durc deren Wachsthumsrichtung.

2. Die Oertel'sche Kur ist bei incompensirten Herzfehlern i Allgemeinen nicht zu empfehlen.

3. Die Sectio alta ist zur Entfernung von grösseren Blasen steinen und von Blasentumoren das beste Verfahren.